

NGHIÊN CỨU SỨC CĂNG DỌC THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Phan Huỳnh Xuân Nử¹, Phù Trí Nghĩa¹,
Nguyễn Hoàng Anh², Hồ Xuân Tuấn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành mạn (HCVM) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc cao và tiến triển âm thầm. Siêu âm đánh dấu mô cơ tim (Speckle Tracking Echocardiography - STE), đặc biệt là 2D STE, đã được chứng minh có giá trị trong phát hiện giảm chức năng vùng cơ tim ở bệnh nhân (BN) bệnh mạch vành. Đây là một kỹ thuật hứa hẹn giúp định lượng vận động cơ tim ở BN mắc hội chứng động mạch vành mạn. **Mục tiêu:** Mô tả các thông số của siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở BN có hội chứng động mạch vành mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 40 BN được siêu âm đánh dấu mô cơ tim và được chụp mạch vành để xác định chẩn đoán theo trình tự thời gian từ 12/2023 đến 1/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $67,97 \pm 10,38$, trong đó nhóm trên 70 tuổi chiếm 45%, tỷ lệ nam và nữ tương đương. Trung bình sức căng dọc thất trái (Global longitudinal strain - GLS-avg) có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm hẹp <70% ($-18,69 \pm 1,88$) và hẹp $\geq 70\%$ ($-12,91 \pm 4,58$) ($p < 0,001$). Giá trị GLS-avg đối với mạch vành hẹp không đáng kể là $-18,69 \pm 1,88$; đối với tổn thương 1 nhánh là $-14,65 \pm 4,33$; tổn thương 2 nhánh là $-13,13 \pm 4,81$; tổn thương 3 nhánh là $-11,28 \pm 4,46$. Nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa về GLS giữa nhóm có và không có rối loạn vận động vùng trên 2D. **Kết luận:** Siêu âm tim đánh dấu mô hai chiều là công cụ có giá trị trong dự đoán bệnh mạch vành ở BN có hội chứng vành mạn. **Từ khóa:** Hội chứng vành mạn, chụp mạch vành, siêu âm tim đánh dấu mô, vận động vùng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF LEFT VENTRICULAR LONGITUDINAL STRAIN USING SPECKLE- TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME: A STUDY IN CAN THO CITY (2023-2025)

Background: Chronic coronary syndrome (CCS) remains a global leading cause of death, with high incidence and asymptomatic progression. 2D speckle-tracking echocardiography (2D-STE) has emerged as a valuable tool for detecting impaired regional

myocardial function in coronary artery disease patients, offering reliable quantification of myocardial deformation in CCS. **Objectives:** Evaluation of cardiac speckle-tracking echocardiographic indices in chronic coronary syndrome. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 40 patients who underwent speckle tracking echocardiography and coronary angiography for diagnostic confirmation, following a timeline from December 2023 to January 2025. **Results:** This study was conducted on 40 patients with an average age of 67.97 ± 10.38 years, of which the group aged over 70 accounted for 45%, with a similar male-to-female ratio. GLS-avg showed a significant difference between the group with stenosis <70% (-18.69 ± 1.88) and the group with stenosis $\geq 70\%$ (-12.91 ± 4.58) ($p < 0.001$). The GLS-avg value for normal coronary arteries was -18.69 ± 1.88 ; for single-vessel disease, it was -14.65 ± 4.33 ; for two-vessel disease, -13.13 ± 4.81 ; and for three-vessel disease, -11.28 ± 4.46 . The study also found no difference in GLS between the groups with and without regional wall motion abnormalities. **Conclusions:** Two-dimensional speckle-tracking echocardiography is a valuable tool for predicting coronary artery disease in patients with stable angina. **Keywords:** Chronic coronary syndrome, coronary angiography, speckle tracking echocardiography, regional myocardial wall motion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành (BMV) là một trong những vấn đề tim mạch nghiêm trọng, góp phần đáng kể vào tỷ lệ bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Theo dữ liệu từ CDC Hoa Kỳ, BMV là loại bệnh tim phổ biến nhất, cướp đi sinh mạng của 371.506 người vào năm 2022. Ước tính có khoảng 1 trong 20 người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên mắc BMV (tương đương 5%). Trong cùng năm, khoảng 1/5 số ca tử vong do bệnh tim mạch xảy ra ở những người dưới 65 tuổi [1]. Tại Việt Nam, BMV cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Theo báo cáo của WHO năm 2016, ước tính có khoảng 31% số ca tử vong tại Việt Nam liên quan đến bệnh tim mạch, và hơn một nửa là do bệnh lý mạch vành [2]. Trong đó hội chứng động mạch vành mạn (chronic coronary syndrome) là một thách thức trong chẩn đoán do tiến triển âm thầm và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Chụp động mạch vành xâm lấn hiện được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh mạch vành, nhưng phương pháp này có chi phí cao, tiềm ẩn rủi ro và không

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

³Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Huỳnh Xuân Nử

Email: xuannu1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

phải cơ sở y tế nào cũng có đủ điều kiện thực hiện. Trong khi đó, siêu âm tim thông thường chưa cung cấp đủ thông tin về sự hiện diện của bệnh động mạch vành ở BN nghi ngờ mắc hội chứng vành mạn. Phương pháp đánh giá bằng mắt (eye ball) qua siêu âm 2D giúp nhận định nhanh về vận động thành tim và chức năng tâm thu theo vùng, nhưng không thể phát hiện những thay đổi nhỏ về chức năng tim, đồng thời phụ thuộc nhiều vào chất lượng hình ảnh và kinh nghiệm của người thực hiện. Xuất phát từ nhu cầu về một phương pháp không xâm lấn, có tính định lượng cao trong chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn, các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mới đã ra đời, trong đó có siêu âm đánh dấu mô cơ tim (Speckle Tracking Echocardiography - STE). Đặc biệt, đo sức căng cơ tim theo chiều dọc của thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô hai chiều (2D Speckle-Tracking Echocardiography - 2D STE) đã được chứng minh là một kỹ thuật có giá trị trong dự đoán bệnh động mạch vành đáng kể cũng như thiếu máu cục bộ cấp tính hoặc bán cấp. Để tìm hiểu giá trị của kỹ thuật siêu âm này, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả các thông số của siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở BN có HCVM, góp phần cải thiện khả năng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những BN nghi ngờ HCVM nhập viện tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ và bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ được siêu âm bằng đánh dấu mô cơ tim và được chụp mạch vành để xác định chẩn đoán theo trình tự thời gian từ năm 2023 đến 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả BN lâm sàng được chẩn đoán HCVM được tiến hành đồng thời siêu âm đánh dấu mô cơ tim và chụp DSA động mạch vành xác định mức độ hẹp >50% lòng mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã phẫu thuật bắc cầu mạch vành, BN đang cấp cứu tim mạch, dị dạng động mạch vành bẩm sinh, hẹp van tim nhẹ đến nặng, hở van vừa và nặng, rung nhĩ, block nhánh trái, các rối loạn nhịp tim khác, BN có chất lượng hình ảnh siêu âm tim không đạt tiêu chuẩn.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 01 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả BN

thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ và bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 40 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Ghi nhận một số đặc điểm chung và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, giới tính; thừa cân/béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hoá Lipid, biểu hiện thiếu máu cục bộ cơ tim trên ECG. Đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch vành và các thông số siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở BN có HCVM.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận theo biểu mẫu soạn sẵn, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được ghi lại trong quá trình khám và kết quả lưu trên hệ thống của bệnh viện. Số liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.121.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi (năm) (trung bình±SD) (Min-Max)		67,97±10,38 (39-86)
Giới tính	Nam	20 (50%)
	Nữ	20 (50%)
Nhóm tuổi	<60	9 (22,5%)
	60-70	13 (32,5%)
	>70	18 (45%)
THA		35 (87,5%)
Rối loạn chuyển hoá Lipid		27 (67,5%)
Đái tháo đường		14 (35%)
Thừa cân/béo phì (BMI ≥23)		18 (45%)
ECG có thiếu máu cục bộ		27 (67,5%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 67,97 ± 10,38, trong đó BN trên 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (45%), tỷ lệ nam và nữ bằng nhau, BN mắc THA chiếm nhiều nhất 87,5% (35 BN), rối loạn chuyển hoá Lipid 67,5% (27 BN), đái tháo đường 35% (14 BN), thừa cân/ béo phì chiếm 45% (18 BN), tỷ lệ BN có thiếu máu cục bộ cơ tim trên ECG chiếm 67,5% (27 BN).

3.2 Đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch vành

Bảng 2. Kết quả chụp động mạch vành

Kết quả chụp động mạch vành	Số lượng	Tỷ lệ
Hẹp không đáng kể (<70)	16	40%

Hẹp đáng kể ≥ 70	Tổn thương 1 nhánh	5	12,5%
	Tổn thương 2 nhánh	12	30%
	Tổn thương 3 nhánh	7	17,5%

Nhận xét: Nhóm BN hẹp mạch vành không đáng kể 40% (16 BN), tổn thương 1 nhánh động mạch vành 12,5% (5 BN), tổn thương 2 nhánh động mạch vành 30% (12 BN), tổn thương 3 nhánh động mạch vành 17,5% (7 BN).

3.2. Đặc điểm sức căng dọc thất trái (GLS) ở BN bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn có chỉ định chụp động mạch vành qua da

Bảng 3. Mối liên quan GLS với rối loạn vận động vùng trên siêu âm

Rối loạn vận động vùng	Không (n=23)	Có (n=17)	p
Sức căng			
GLS-2c (%)	-13,35 $\pm$ 6,83	-17,14 $\pm$ 4,46	0,053
GLS-3c (%)	-14,42 $\pm$ 5,59	-14,48 $\pm$ 4,40	0,967
GLS-4c (%)	-15,36 $\pm$ 6,42	-16,04 $\pm$ 4,24	0,706
GLS-avg (%)	-14,79 $\pm$ 5,24	-15,81 $\pm$ 3,89	0,502

Nhận xét: Sức căng dọc thất trái đo trên mặt cắt 2 buồng, 3 buồng, 4 buồng ở nhóm BN có rối loạn vận động vùng và nhóm không rối loạn vận động vùng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm GLS theo mức độ hẹp động mạch vành

Mức độ hẹp	<70% (n=16)	$\geq 70%$ (n=24)	p
Sức căng			
GLS-2c (%)	-17,31 $\pm$ 6,42	-13,39 $\pm$ 5,59	<0,05
GLS-3c (%)	-18,32 $\pm$ 2,68	-11,86 $\pm$ 4,61	<0,001
GLS-4c (%)	-19,49 $\pm$ 2,87	-13,09 $\pm$ 5,45	<0,001
GLS-avg (%)	-18,69 $\pm$ 1,88	-12,91 $\pm$ 4,58	<0,001

Nhận xét: Sức căng dọc thất trái đo trên mặt cắt 2 buồng, 3 buồng, 4 buồng ở nhóm BN có hẹp mạch vành $\geq 70\%$ có giá trị thấp hơn nhóm hẹp mạch vành <70% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 5. Giá trị trung bình GLS ở BN theo số lượng mạch vành bị tắc.

	<70% (n=16)	$\geq 70%$ (n=24)
GLS-avg	-18,69 $\pm$ 1,88	-12,91 $\pm$ 4,58*
Số lượng mạch hẹp có ý nghĩa		
Tổn thương 1 nhánh	-18,69 $\pm$ 1,88	-14,65 $\pm$ 4,33
Tổn thương 2 nhánh	-18,69 $\pm$ 1,88	-13,13 $\pm$ 4,81*
Tổn thương 3 nhánh	-18,69 $\pm$ 1,88	-11,28 $\pm$ 4,46*

(*): $p<0,05$

Nhận xét: Giá trị sức căng dọc thất trái trung bình (GLS-avg) ở nhóm BN có hẹp mạch vành $\geq 70\%$ giảm hơn so với nhóm hẹp <70%. Sự khác biệt giữa nhóm tổn thương 2 hoặc 3

nhánh động mạch vành ở nhóm hẹp $\geq 70\%$ so với nhóm hẹp <70% là có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Đối với tổn thương 1 nhánh, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 40 BN bệnh mạch vành mạn vừa siêu âm đánh dấu mô cơ tim vừa được chụp mạch vành qua da, tuổi trung bình là 67,97 $\pm$ 10,38 tuổi (từ 39 đến 86 tuổi). Nhóm BN trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 45% tổng số mẫu nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2023), tuổi trung bình là 67,06 $\pm$ 10,94 tuổi [5] và nghiên cứu của Srisakul Chaichuum và cộng sự (2021), với tuổi trung bình là 65,5 $\pm$ 9,2 tuổi [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau (1/1). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Mai Thị Thương (2024) với tỷ lệ nam nữ là 0,96/1 [7] và nghiên cứu của Danh Phước Quý (2022) [8] tỉ lệ nam chiếm 50,8%, nhưng khác so với nghiên cứu của Phan Thanh Hân (2023), trong đó tỷ lệ nam/nữ là 2,87/1 [9]. Sự khác biệt này do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, trong khi các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa hai nhóm nam và nữ là tương đương nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng trong các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, tăng huyết áp (THA) chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,5%, tiếp theo là đái tháo đường (ĐTĐ) 35%, rối loạn lipid máu 67,5%, và béo phì 45%. So sánh với kết quả của Mai Thị Thương (2024), tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch gồm THA 80%, ĐTĐ 50,9%, rối loạn lipid máu 49,1%, cho thấy tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ ĐTĐ thấp hơn so với kết quả của Mai Thị Thương, trong khi tỷ lệ rối loạn lipid máu lại cao hơn. Tổn thương 2 nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất với 30%, tiếp theo là tổn thương 3 nhánh 17,5% và tổn thương 1 nhánh thấp nhất 12,5%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2023), tổn thương 2 nhánh cũng chiếm đa số với 38%, trong khi 1 nhánh chiếm 32% và 3 nhánh chiếm 30% [5]. Trong nghiên cứu của Moustafa S. (2018) trên 150 BN có hẹp động mạch vành, tổn thương 1 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%, tiếp theo là 3 nhánh 22% và 2 nhánh thấp nhất 15,5% [10]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sức căng dọc thất trái không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm BN có và không có rối loạn vận động vùng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Xie MY và cộng sự, khi cho thấy GLS

giảm ngay cả khi vận động thành tim bình thường ở những BN tổn thương nhiều nhánh mạch vành [12]. Trong khi đó, nghiên cứu của Phan Thanh Hân (2023) lại ghi nhận GLS ở nhóm có rối loạn vận động vùng thấp hơn so với nhóm không có rối loạn vận động vùng ($-13,58 \pm 0,9$ so với $-15,9 \pm 2,63$, $p < 0,05$) [9]. Do đánh giá rối loạn vận động vùng bằng siêu âm 2D phụ thuộc kinh nghiệm và kỹ năng của người quan sát có thể ảnh hưởng trực tiếp đến các phép đo cuối cùng, dẫn đến sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Về đặc điểm GLS theo tổn thương động mạch vành, nghiên cứu trên 40 BN của chúng tôi cho thấy biến dạng tâm thu thất trái toàn bộ (GLS-avg) giữa hai nhóm hẹp $<70\%$ ($-18,69 \pm 1,88$) và hẹp $\geq 70\%$ ($-12,91 \pm 4,58$) có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$), điều này phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây trên BN động mạch vành. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Yadav và cộng sự [12] cho thấy GLS-avg giảm đáng kể ở BN mắc bệnh ĐMV có ý nghĩa so với những BN không mắc động mạch vành có ý nghĩa ($-16,1 \pm 2,6\%$ so với $-19,4 \pm 2,2\%$; $p < 0,001$). Nghiên cứu của Mai Thị Thương (2024), GLS giữa hai nhóm hẹp $<70\%$ ($-19,05 \pm 0,03\%$) và $\geq 70\%$ ($-19,77 \pm 3,46\%$) không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$) [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thương có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

Giá trị GLS-avg đối với mạch vành hẹp không đáng kể là $-18,69 \pm 1,88$; đối với tổn thương 1 nhánh là $-14,65 \pm 4,33$; tổn thương 2 nhánh là $-13,1 \pm 4,81$; tổn thương 3 nhánh là $-11,28 \pm 4,46$. Nghiên cứu của Yadav và cộng sự (2022) trên 235 BN, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của GLS-avg ở các mức độ tổn thương động mạch vành (CAD): $-20,29 \pm 2,47$ đối với mạch vành bình thường, $-17,45 \pm 2,68$ đối với hẹp một nhánh, $-16,56 \pm 2,22$ đối với hẹp hai nhánh, và $-14,65 \pm 2,12$ đối với hẹp ba nhánh [12]. Theo nghiên cứu của Bajracharya và cộng sự, đánh giá chức năng tâm thu thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim trên 84 BN bệnh tim thiếu máu cục bộ cho thấy giá trị GLS ở BN mạch vành bình thường là $-19,4 \pm 2,2\%$; tổn thương 1 nhánh là $-16,7 \pm 2,0\%$; tổn thương 2 nhánh là $-15,8 \pm 2,6\%$; tổn thương 3 nhánh là $-15,8 \pm 3,0\%$, với ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ [13]. Các nghiên cứu trên ủng hộ xu hướng tương quan nghịch giữa giá trị GLS-avg và mức độ hẹp của bệnh động mạch vành. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa hẹp 2 và 3 nhánh với nhóm mạch vành hẹp không đáng kể. Tuy nhiên, không

có mối tương quan giữa nhóm hẹp 1 nhánh và nhóm mạch vành hẹp không đáng kể nhóm mạch vành hẹp không đáng kể, có thể do kích thước mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 BN bệnh mạch vành mạn có siêu âm đánh dấu mô cơ tim và chụp mạch vành qua da cho thấy tuổi trung bình $67,97 \pm 10,38$, nhóm trên 70 tuổi chiếm 45%, tỷ lệ nam và nữ tương đương (50%). THA là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (87,5%), tiếp theo là rối loạn lipid máu (67,5%), béo phì (45%) và đái tháo đường (35%).

Tổn thương 2 nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là 3 nhánh và 1 nhánh. GLS không khác biệt giữa nhóm có và không có rối loạn vận động vùng nhưng giảm đáng kể ở BN hẹp $\geq 70\%$ ($p < 0,001$), theo xu hướng tương quan nghịch với mức độ tổn thương động mạch vành. Kết quả cho thấy siêu âm đánh dấu mô cơ tim có giá trị trong dự đoán bệnh mạch vành, nghiên cứu phù hợp với nhiều nghiên cứu trước nhưng có một số khác biệt, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để kết quả có tính chất thuyết phục hơn và qua đó nâng cao giá trị ứng dụng của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention.** (2021), "Heart disease facts. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division for Heart Disease and Stroke Prevention. Retrieved October 14, 2021, from <https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>"
2. **Phạm Mạnh Hùng** (2019), "Lâm sàng tim mạch học", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 461-504.
3. **Mustafa Dogdus, Evrim Simsek, Cahide Soydas Cinar** (2019), "3D-speckle tracking echocardiography for assessment of coronary artery disease severity in stable angina pectoris", *Echocardiography*, 36 (2), 320-327, doi:10.1111/echo.14214.
4. **Connie W Tsao, Aaron W Aday, Zaid I Almarzooq, et al** (2022), "Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association", *Circulation*, 145 (8), e153-e639, <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>.
5. **Nguyễn Gia Bình, Trần Thị RoSa, Đàm Trung Nghĩa, et al** (2021), "Đánh giá sớm rối loạn chức năng tâm thu thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân bệnh mạch vành", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (93), 147-157, <https://jvc.vnha.org.vn/tmh/article/view/192>.
6. **Srisakul Chaichuum, Shuo-Ju Chiang, Masao Daimon, et al** (2022), "Segmental tissue speckle tracking predicts the stenosis severity in patients with coronary artery disease", *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8 832096, doi: 10.3389/fcvm.2021.832096.

7. **Mai Thị Thương, Nguyễn Văn Thành, Đỗ Doãn Lợi** (2024), "Nghiên cứu chức năng thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô trên người bệnh hội chứng động mạch vành mạn chưa có chỉ định tái thông động mạch vành", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, (111), <https://doi.org/10.58354/jvc.111.2024.866>.
8. **Danh Phước Quý, Trần Kim Sơn** (2022), "Nghiên cứu sự thay đổi đặc điểm siêu âm đánh dấu mô cơ tim trên bệnh nhân đau thắt ngực ổn định có can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (53), 6-11, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i53.158>.
9. **Phan Thanh Hôn, Trần Đức Hùng** (2023), "Nghiên cứu sức căng dọc thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da", Tạp chí Y học Việt Nam, 532 (2), DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v.532i2.7540>.
10. **Shaimaa Moustafa, Khalid Elrabat, Fathy Swailem, et al** (2018), "The correlation between speckle tracking echocardiography and coronary artery disease in patients with suspected stable angina pectoris", Indian heart journal, 70 (3), 379-386, doi: 10.1016/j.ihj.2017.09.220.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGẤT

Trần Song Giang¹, Nguyễn Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân ngất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 59 bệnh nhân được chẩn đoán ngất và/hoặc có tiền sử ngất đến khám hoặc điều trị tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $55,02 \pm 18,81$. Tỷ lệ nam giới chiếm 59,3%. Hoàn cảnh khởi phát cơn ngất thường gặp là tư thế đứng lâu (23,7%), khi đang ngồi (16,9%), sau gắng sức (13,6%) và khi sợ hãi (13,6%). Tiền triệu hay gặp nhất là hoa mắt, mắt tối sầm (64,4%). Số bệnh nhân có cơn ngất tái phát là 62,7%, số cơn ngất trung bình $2,59 \pm 2,27$. 28,8% bệnh nhân có thiếu máu và 1,7% bệnh nhân có EF giảm <50%. Trên Holter điện tâm đồ 24h: 3,4% bệnh nhân có rung nhĩ cơn, hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm, nhịp chậm xoang, block nhánh trái đều chiếm 1,7%. Nghiệm pháp bàn nghiêng dương tính ở 11,1% bệnh nhân. **Từ khóa:** ngất.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SYNCOPE

Background: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with syncope. **Subjects & methods:** A cross-sectional study of 59 patients diagnosed with syncope and/or a history of syncope who were examined or treated at Heart Institute, Bach Mai Hospital. **Results:** The average age of the study group was 55.02 ± 18.81 . The proportion of men accounted for 59.3%. The common circumstances of onset of syncope were prolonged standing (23.7%), while sitting (16.9%), after exertion and when scared (13.6%), while

defecating/urinating (8.5%). The most common prodromal symptoms in patients with syncope were dizziness and darkening of the eyes (64.4%). The average number of syncope episodes was 2.59 ± 2.27 . The number of patients with recurrent syncope was 62.7%. 28.8% of patients had anemia and 1.7% of patients had EF <50%. On the 24h Holter electrocardiogram: 3.4% of patients had paroxysmal atrial fibrillation, bradycardia tachycardia syndrome, sinus bradycardia, and left bundle branch block each accounted for 1.7%. Tilt table test was positive in 11.1% of patients. **Keywords:** Syncope.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngất là tình trạng mất ý thức thoáng qua do giảm tưới máu não, gây ra những hậu quả đáng kể về sức khỏe và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Trong dân số nói chung, tỷ lệ mắc ngất có thể lên đến 3-5%, chiếm từ 1-3% trong số các trường hợp cấp cứu và từ 6% đến 12% số ca nhập viện ở người lớn tuổi.¹

Nguyên nhân gây ra ngất gồm 3 nhóm chính, bao gồm: do nguyên nhân Tim mạch, do tụt huyết áp và do phản xạ. Để xác định nguyên nhân ngất, cần đánh giá kỹ các đặc điểm của ngất, hoàn cảnh xuất hiện ngất, tiền triệu...². Bên cạnh đó, các phương pháp cận lâm sàng như: siêu âm tim, Holter điện tâm đồ, nghiệm pháp xoa xoang cảnh, nghiệm pháp bàn nghiêng... đã chứng minh có hiệu quả trong chẩn đoán nguyên nhân ngất. Một nghiên cứu của Parry và cộng sự năm 2000 đã cho thấy, khi tiến hành nghiệm pháp này trên 1149 bệnh nhân >55 tuổi có tiền sử ngất không rõ nguyên nhân, khoảng 25% bệnh nhân có đáp ứng dương tính với nghiệm pháp xoa xoang cảnh.³ Một nghiên cứu khác của Humm và cộng sự (2006) trên 373 bệnh nhân ngất không rõ nguyên nhân có độ tuổi từ 15-92, nghiên cứu được tiến hành trong 10 năm đã phát hiện khoảng 13,7% bệnh nhân có phản ứng dương tính với nghiệm pháp xoa

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Băi Cháy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 10.6.2025